

ZAHNFEE PATIENTENBOGEN



Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Ihre zahnärztliche Betreuung unterscheidet sich wesentlich von den Behandlungskonzepten für Erwachsene.

Bei uns sind Sie mit Ihrem Kind in guten Händen! Um Ihr Kind von Anfang an optimal betreuen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Patientenbogen auszufüllen und die Richtigkeit Ihrer Angaben durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

ALLGEMEINE ANGABEN

Vorname / Name

Geburtsdatum

Name der Krankenversicherung

Pflichtversichert Privatversichert Beihilfe

Kind ist versichert bei: Mutter Vater

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Telefonbuch Internet Empfehlung durch

ANGABEN DER ELTERN

Vorname / Name (Erziehungsberechtigter 1)

Geburtsdatum

Straße / PLZ / Wohnort

Telefon - Privat

Telefon - beruflich

E - Mail

Vorname / Name (Erziehungsberechtigter 2)

Geburtsdatum

Straße / PLZ / Wohnort

Telefon - Privat

Telefon - beruflich

E - Mail

RISIKOANAMNESE

Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Welche? _____

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV etc.)? _____

Hormonelle Erkrankungen (Diabetes etc.)? _____

Blutgerinnungsstörungen? Herzerkrankungen? Epilepsie? Asthma, Atemnot, Bronchitis?

Allergien? Welche? _____

Nierenerkrankungen? Tumorerkrankungen, Leukämie?

SEPEZIELLE MEDIZINISCHE ANAMNESE

- Leidet Ihr Kind unter Neurodermitis, Schuppenflechte etc.?
- Wurden während der Schwangerschaft Antibiotika genommen?
- Hat Ihr Kind bereits Antibiotika verordnet bekommen?
- Kommt es häufiger zu Mandel- oder Mittelohrentzündungen?
- Bekommt Ihr Kind schlecht Luft über die Nase?
- Schnarcht Ihr Kind?
- Wie ist der Name Ihres Kinderarztes?

ZAHNMEDIZINISCHE ANAMNESE

- Welches Anliegen führt Sie in unsere Praxis? _____
- Aktuelle Beschwerden? _____
- Langfristige Beschwerden? _____
- War Ihr Kind schon einmal beim Zahnarzt? _____
- Was ist Ihnen bei der zahnärztlichen Betreuung Ihres Kindes besonders wichtig?

ZAHNPROPHYLAXE

- Putzen Sie regelmäßig nach?
- Hat Ihr Kind häufig Mundschleimhautentzündungen (Aphthen etc.)?
- Was trinkt Ihr Kind am häufigsten?
- Hat Ihr Kind regelmäßig Fluoridtabletten eingenommen?
- Hat Ihr Kind Mundgeruch?
- Schnarcht Ihr Kind?

FUNKTION

- Knirscht Ihr Kind mit den Zähnen?
- Benutzt Ihr Kind einen Schnuller?
- Lispelt Ihr Kind?
- Lutscht Ihr Kind am Daumen?

KÜNDIGUNG/NICHT-EINHALTUNG VON BEHANDLUNGSTERMINEN

Wir sind im Interesse eines zeitlich geordneten Behandlungsablaufs darauf angewiesen, dass die mit unseren Patienten vereinbarten, rechtsverbindlichen Behandlungstermine eingehalten werden. Sollten Sie einen Termin absehbar nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie, uns die Terminabsage mindestens 48 Stunden vorher mitzuteilen.



Datum, Unterschrift

DIE ZAHNFEE UND DER
ZAHNRITTER